



História Unisinos

E-ISSN: 2236-1782

efleck@unisinos.br

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Brasil

de Magalhães, Sônia Maria
Beribéri: doença misteriosa no Brasil Oitocentista
História Unisinos, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 158-169
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Leopoldo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=579866788019>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Beribéri: doença misteriosa no Brasil Oitocentista¹

Beriberi: Mysterious disease in nineteenth-century Brazil

Sônia Maria de Magalhães²

soniademagalhaes@yahoo.com.br

Resumo: Este artigo apresenta notícias sobre a incidência do beribéri no Brasil do século XIX. Responsável por tantas angústias, sofrimentos e mortes humanas – que fomentou notável avanço da ciência médica e da nutrição – tem carecido de atenção por parte dos historiadores. Apresenta resultados de pesquisa sobre casos dessa moléstia em Goiás e a sua relação com os hábitos alimentares locais. Embora a literatura médica do período não mencione ocorrências dessa mazela na região, a pesquisa documental tem comprovado que ela se manifestava de forma endêmica, e por vezes epidêmica, na região.

Palavras-chave: Beribéri, medicina, doenças, alimentação, Goiás.

Abstract: This article presents news about the incidence of beriberi in nineteenth-century Brazil. Responsible for so many troubles, sufferings and human deaths – which fueled remarkable advancement of medical science and nutrition – the illness has lacked attention from historians. This article presents results of research on cases of this disease in Goias and its relation to local eating habits. Although the medical literature of the period does not mention occurrences of the illness in the region, the documentary research has proven that it was endemic and sometimes epidemic in the region.

Keywords: Beriberi, medicine, disease, feeding, Goiás State.

A doença revelando a história

A doença como objeto de pesquisa tem granjeado novo sentido na análise do historiador, que a examina não apenas como um fenômeno biológico, mas associada, sobretudo, aos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Nesse cabeamento analítico complexo, saúde e doenças abrangem saberes e práticas, instituições, representações sociais e culturais, relações de poder, ciência, sociedade, cultura, religião, espaço ambiental.

Os intelectuais dos *Annales* foram pioneiros em apresentar estudos relacionados à doença. Foram precursores também ao valorizar os aspectos comuns da vida material, como os comportamentos biológicos, a história da alimentação, a história das enfermidades, contribuindo para uma releitura da história econômica e social. Os estudos de Ladurie e Braudel sobre a medicina e as doenças mere-

¹ Este artigo é resultado de pesquisas desenvolvidas no estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (Casa Oswaldo Cruz - RJ), com bolsa da CAPES/FAPEG (Fundação de Amparo À Pesquisa do Estado de Goiás) e sob a supervisão da Profa. Dra. Nísia Trindade Lima.

² Professora do Departamento de História da Universidade Federal de Goiás.

cem destaque. O primeiro iniciou uma série de pesquisas sobre a história do clima, e, posteriormente, da saúde e das doenças (Ladurie, 2008). Ao segundo, coube a tarefa de promover pesquisas interdisciplinares, incitando representantes de diferentes especialidades a discutir questões sobre história social da medicina e da doença alvitradas na revista *Annales*. A proposta de Braudel foi bem recebida pelos historiadores e também por médicos interessados em compreender historicamente o seu ofício. Desse feliz encontro entre a História e outras áreas do conhecimento resultaram vários artigos, procedendo em números especiais dedicados exclusivamente ao tema (*Annales*, 1977).

Na década de 1970, temos uma das apropriações mais profícua realizada por historiadores, trata-se do texto elaborado por Jean-Pierre Peter e Jacques Revel, intitulado *O corpo: o homem doente e sua história*. Nesse estudo, os autores, sob influência da história social, percebem a doença como:

[...] um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma.

Peter e Revel vislumbram a doença como elemento social, um acontecimento de reelaboração das articulações estabelecidas pelo homem, possibilitando evidências reveladoras sobre as mudanças sociais, uma esclarecedora leitura do mundo. No parecer de Sontag (2002, p. 53): “como qualquer situação extrema, terríveis doenças põem em cena tanto o lado pior quanto o lado melhor das pessoas”.

Os estudos antropológicos e sociológicos, por sua vez, vêm explorando o domínio da construção simbólica e social das doenças nas mais diversas sociedades, denotando que: “a ordem biológica e a ordem social se correspondem, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social. Para toda a sociedade, a doença é um problema que exige explicação, é necessário que ela tenha um sentido” (Silveira e Nascimento, 2004).

No Brasil, vários pesquisadores também têm inquirido sobre questões que buscam compreender a formação da nação brasileira a partir do diagnóstico da sua gente, notadamente doente, das ações fomentadas para a sua recuperação, por meio de ações de higiene e saneamento, fundamentadas no conhecimento médico e promovidas pelas autoridades públicas. A medicina, aliada ao poder

público, consistia no instrumento fundamental para operar essa transformação. A ciência, a medicina, em especial, propiciaria um lenitivo para intelectuais, que, até então, não avistavam alternativas para um país que parecia condenado, por causa da sua composição étnica (Hochman, 1998; Lima, 1998). Nesse contexto, enfermidades como a hanseníase, a doença de chagas, a malária, a febre amarela, a varíola, o cólera, entre outras, cujo impacto sobre a mortalidade e a morbidade foram paulatinamente sanados graças aos programas e às medidas sanitárias empreendidas, sobretudo, pelo Estado, tem merecido especial atenção por parte dos pesquisadores brasileiros. Contudo, o beribéri – responsável por tantas angústias, tantos sofrimentos e tantas mortes humanas – que fomentou notável avanço da ciência médica e da nutrição, tem carecido de atenção por parte dos historiadores. Assim, neste artigo, apresentarei uma breve apreciação sobre a incidência dessa moléstia no Brasil com ênfase na província de Goiás.

Breve notícia sobre a incidência do beribéri no Brasil

O beribéri deriva de uma palavra cingalesa, que significa fraqueza. É conhecida desde a antiguidade no Japão, descrita também nos primeiros tratados médicos chineses. As formas de beribéri, o “úmido” e o “seco”, têm sido muitas vezes consideradas como doenças distintas. O primeiro caracterizava-se por inchaço e complicações cardíacas, perda dos sentidos, do tato, elevação da temperatura e dor. O segundo manifestava-se com pouco inchaço, com perda progressiva do controle motor seguido de atrofia dos músculos dos membros paralisados e uma síndrome de perda geral. Este, com maior probabilidade de óbito, podia provocar nos doentes paralisias incuráveis. A descoberta da etiologia do beribéri, uma deficiência nutricional, levou à identificação e ao estudo das vitaminas. Essa mazela não foi apenas uma causa de enorme sofrimento humano e morte, mas também uma das doenças mais importantes para o desenvolvimento da ciência (Mead, 1995).

Velha conhecida dos homens, recebeu várias designações ao longo do tempo: na Ásia ficou conhecida como “béri-cabra” (andar de saltinhos); em Minas Gerais como “inchação”; em Mato Grosso como “perneiras”. A existência dela no Amazonas foi anunciada por Antônio José de Araújo Braga, cirurgião da Diligência de Demarcação de Limites, autor de um relatório dirigido a Alexandre Rodrigues Ferreira, *Tratado das enfermidades usuais da capitania do Rio Negro*, de 1786. Nesse documento, ele menciona: “A paralisia a que chamam beribéri ou berberium acontece nesse paiz pela mesma causa e do mesmo modo que em Java” (Mello Franco, 1888, p. 41). Em Minas Gerais,

apareceu, pela primeira vez, de acordo com o Dr. Antônio Felício dos Santos, no Seminário de Nossa Senhora da Boa Morte de Mariana no ano de 1858, tornando-se mais intenso em 1861. Difundiu-se, posteriormente, pelo Colégio do Caraça³ (1861), em Diamantina (1871), onde também se alojou num seminário local. Em 1876, chegam notícias da localidade de Patrocínio, informando que “a municipalidade sofria a invasão da terrível moléstia de beribéri, que atacou grande número de indivíduos” (Arquivo Público Mineiro, 2004).

A memória intitulada “O beribéri na província de Minas Gerais”, confeccionada pelo diamantinense Antônio Felício dos Santos⁴, é apreendida como o principal documento da ocorrência do mal na província mineira. É considerada fonte primordial para aventar as bases de desenvolvimento do binômio diagnóstico e propedêutico no Oitocentos, que, em Felício dos Santos, obedece a uma criteriosa soberania da clínica médica. Ele descreve e sintetiza sinais e sintomas de seus pacientes em sintonia com o paradigma semiológico moderno: os sintomas são minuciosamente observados e anotados, configurando a evolução natural de cada moléstia, incluindo dados como idade, época do ano em que a doença mais ocorria e o perfil detalhado do paciente, elencando ainda aspectos geográficos, ambientais e epidemiológicos com a finalidade de compor o cenário nosológico das ocorrências (Lopes Filho, 1998).

Quanto aos episódios do beribéri em Minas Gerais, a partir das investigações de Felício dos Santos, Lopes Filho cogita que o seminário era o lócus dessa doença, e os estudantes, suas maiores vítimas.

A incidência do beribéri em grupos restritos – a exemplo do Seminário de Nossa Senhora da Boa Morte em Mariana, do Colégio do Caraça, do Seminário de Diamantina – enseja pesquisas de profundidade e análises comparativas sobre essas epidemias. Muitas indagações surgem num primeiro momento, sobretudo aquelas relacionadas aos embates da religião e da medicina: Havia uma relação direta entre dietas e normas religiosas, considerando a obediência do calendário litúrgico? Como o evento mórbido era vivenciado nessas instituições, havia uma regulamentação espiritual colidindo com as percepções e orientações da ciência médica? A alimentação ofertada aos estudantes era diferente daquela recebida pelos padres e funcionários dos referidos estabelecimentos? Qual era a composição das refeições servidas? Qual a noção de boa alimentação vigente à época? Tais inquirições trarão a lume notícias reveladoras sobre o evento mórbido do

beribéri nessas instituições. Para averiguar essa complexidade de aspectos que se cruzam e entrecruzam com esse mal, o pesquisador deve se valer de variedades de documentos, tais como livros de contas, livros de cozinha, dietários entre outros, para se aproximar dos níveis de consumo qualitativo e quantitativo das instituições. Além de possibilitar a listagem dos gêneros ingeridos, os aportamentos de cozinha, por exemplo, possibilitam calcular o consumo de rações calóricas por indivíduo. Contudo, Daniel Roche (2000) adverte que não se deve acreditar em tudo que os livros de cozinha informam, uma vez que eles fornecem as possibilidades, mas não indicam a realidade do repasto de cada dia. Quando um desses documentos propõe um cardápio, enseja que se comiam quantidades superiores às que ingerimos hoje em dia. Repassa a ideia do quantitativo em oposição ao qualitativo, a expressão da abundância mesmo quando a escassez predominava. Assim, a contabilidade de colégios, orfanatos, seminários (Magalhães, 2004a) e conventos noticia as rações distribuídas aos internos por dia, por mês, por ano, mas não confirmam se eram fornecidas nas mesmas quantidades e qualidades por todos os indivíduos agregados nesses recintos (Magalhães, 2007). Ademais, o “documento culinário” facilita inúmeras interpretações, pois abrange aspectos sociais, econômicos, biológicos, administrativos, religiosos, medicinais, constituindo um amplo painel de um determinado complexo social.

Em Mato Grosso, de acordo com Leonzo (2012), o beribéri grassou por ocasião do evento historicamente conhecido como *Retirada da Laguna* (1867), relatado por Visconde de Taunay, após o conflito com o Paraguai.

Na Bahia, passou a ter uma assiduidade progressiva a ponto de tornar-se epidêmico no ano de 1866, manifestando-se com paralisia, edema e fraqueza geral (Damásio, 1867). Entre os anos de 1866 a 1869, o médico Silva Lima, um dos fundadores da Escola Tropicalista Bahiana, investigou minuciosamente essa mazela misteriosa que acometia indiscriminadamente todas as pessoas. Os resultados dessa inquirição foram divulgados em vários números da revista *Gazeta Médica da Bahia* com o título “Contribuição para a história de uma moléstia que reina atualmente na Bahia sob a forma epidêmica e caracterizada por paralisia, edema e fraqueza geral”. Lima considerou o evento como epidêmico por assolar diversas partes da província, bem como todas as categorias sociais. Descreveu o processo clínico com grande riqueza de observações e estabeleceu o diagnóstico diferencial com a pelagra. Ainda qualificou o beribéri em três formas clínicas: paralítica, edematosas e

³ De acordo com Lopes Filho, as mais cruéis epidemias do Caraça foram, além daquela ocorrida em 1862, as de 1873, 1878, 1901, 1906 e 1910. Em 1930, o beribéri é reconhecido como extinto nessa instituição.

⁴ Antônio Felício dos Santos nasceu em Diamantina no ano de 1843, faleceu no Rio de Janeiro em 1931. Formou-se em medicina no Rio de Janeiro aos 20 anos de idade.

mista. Posteriormente, os artigos propalados no periódico da Bahia foram reunidos publicados em 1872 no livro *Ensaio sobre o beribéri no Brasil*, que se tornou referência na literatura médica brasileira. O grande mérito da pesquisa de Silva Lima está na descrição sintomatológica e na definição de um quadro clínico orientado pela observação e experimentação. Percebeu, por meio da sua investigação – inclusive realizando autópsias em escravos e presos sujeitos a exame policial – que a doença não parecia difundir-se por contágio ou infecção, e sim por condições higiênicas gerais desconhecidas (Lopes Filho, 1998).

Mesmo que Felício dos Santos e Silva Lima não afirmem categoricamente, em seus estudos, a ideia de um agente microbiano para o beribéri, essa opinião não era descartada, pois tais considerações preparavam o ambiente para divulgação da teoria microbiana (Lopes Filho, 1998).

Na transição do século XIX para o XX, a moléstia continuava a vitimar na Bahia. Em 1904, a situação agravou-se de tal forma que o beribéri foi responsável por dois terços dos óbitos no Asilo São João de Deus. As péssimas condições de assistência desse manicômio foram denunciados pelo médico Nina Rodrigues, pertencente à segunda geração da Escola Tropicalista Bahiana. Tal revelação ganhou tamanha repercussão social levando a Faculdade de Medicina a designar uma comissão para apurar os eventos. O relator da comissão foi o próprio Rodrigues, que elaborou um parecer minucioso da instituição desde a sua fundação. Após a inquirição – que incluiu análise dos variados registros, análise qualitativa e quantitativa dos dados, visitas domiciliares, entrevista com moradores nas redondezas do asilo – formulou a hipótese de que as causas da doença deveriam ser procuradas nas precárias condições de existência dos asilados, submetidos a maus tratos e à fome. Foi dessa forma, que ele cogitou a etiologia carencial do beribéri, refutando a concepção miasmática e a do contágio, pois a proporção de casos entre os dementes era elevada e praticamente inexistente entre funcionários do asilo, muitos deles em contato com os enfermos (Jacobina e Carvalho, 2001).

Embora estivesse disseminada pelo território brasileiro no século XIX, a sua notificação para as autoridades competentes não era obrigatória, fato que justifica, em parte, as raras informações para algumas regiões. A legislação sanitária de 1889, tornava o beribéri doença de notificação facultativa. Esse decreto elenca como obrigatorios a vacinação antivariólica nos primeiros seis meses de vida, a desinfecção de locais e objetos contaminados, o isolamento hospitalar quando o doente não estivesse em condições

de receber tratamento em casa, e a notificação de doenças transmissíveis; de comunicação compulsória a febre amarela, o cólera, a peste, a difteria, a varíola, a escarlatina e o sarampo; e de notificação facultativa a tuberculose, a febre tifoide, a coqueluche e o beribéri (Câmara dos Deputados, 1889). Somente no decreto de 1904, o beribéri passa a ser tratado no mesmo grupo das enfermidades infecciosas que deveriam ser notificadas, isoladas, e os locais submetidos à desinfecção e à vigilância sanitária⁵.

A legislação sanitária refletia o conhecimento científico instituído. Os estudos procuravam vigorar cada vez mais a noção de que um agente infeccioso era o determinante do beribéri.

Nessa época, a etiologia e as formas de transmissão das moléstias eram desconhecidas. A questão teórica primordial para os médicos brasileiros que investigavam o beribéri era saber se a manifestação ocorria por contágio ou infecção. Para a vertente contagionista, as doenças se explicavam pelo aparecimento de um veneno específico que, “uma vez produzido, podia se reproduzir no indivíduo doente e assim se espalhar na comunidade, e isso independente” (Chalhoub, 1996, p. 64). A infecção, por sua vez, se processava por meio das ações dos miasmas, emanações deletérias de origem animal e vegetal, presentes na atmosfera. Mesmo as pesquisas dessa época que associavam a causa do beribéri com o consumo do arroz polido, o vigor da teoria microbiana se manteve, por causa da dificuldade de se explicar o mecanismo de sua origem a partir desse cereal. Assim, os paradigmas do contágio e da infecção se combinavam amiúde, quando os médicos discutiam a etiologia e as formas de transmissão desse mal. Somente no século XX, graças à emergente ciência da nutrição, descobriu-se que se tratava de uma hipovitaminose.

O beribéri em Goiás

No Brasil do século XIX, o beribéri manifestava-se endêmica e, eventualmente, epidemicamente, circunstância que chamou a atenção dos médicos da época que passaram a mapear a sua difusão nas diversas regiões. As escolas médicas do Rio de Janeiro e da Bahia produziram vários trabalhos sobre o assunto, tendo em vista a exigência que havia, na época, de se elaborar uma ‘tese’ para conclusão do curso médico. A tese de José Garcia da Silva Loureiro sobre o *Beribéri no Brasil*, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia no ano de 1885, assinala os principais estudos que se dedicaram a essa afecção nas diversas áreas do país. Para a elaboração

⁵ O regulamento de 1904 elencava as seguintes doenças como sendo de notificação compulsória: febre amarela, peste, cólera e demais doenças coleriformes, varíola, difteria, infecção puerperal nas maternidades, oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches e estabelecimentos análogos, tifo e febre tifoide, tuberculose, lepra, impaludismo, beribéri, escarlatina e sarampo, quando ocorressem em colégios, asilos e estabelecimentos semelhantes (Cf. Fontenelle, 1998 [1922]).

do seu trabalho, Loureiro deve ter empregado o mesmo recurso utilizado por outros pesquisadores da época, ou seja, enviava cartas e pedia informações sobre a moléstia a médicos estabelecidos nas diversas regiões (Lopes Filho, 1998). Contudo, nenhuma contribuição apresenta dados sobre Goiás, aliás, uma das únicas províncias, juntamente com a do Paraná, da qual o autor não possui notícias: “os trabalhos que consultamos e as pessoas com as quais nos informamos não nos forneceram dados positivos acerca da manifestação do beribéri nesta província” (Loureiro, 1885, p. 23-24). O Quadro 1 esclarece, sucintamente, o levantamento elaborado por Loureiro.

O quadro confirma que o caso mais antigo de beribéri notificado no Brasil foi o do Seminário de Nossa Senhora da Boa Morte de Mariana em 1858, repercutindo, nos anos seguintes, para o Colégio do Caraça e o Seminário de Diamantina. As descrições anteriores a esse evento são carregadas de incertezas. Mesmo nas localidades onde aparece a designação “sem data”, a enfermidade grassava, porém, não existe precisão sobre o primeiro surto⁶. A única província em que o beribéri não se manifestou foi a do Rio Grande do Sul, mesmo existindo algumas incidências: “os casos que lá tem aparecido são de indivíduos vindos de outros lugares e que vão buscar melhorias aos seus sofrimentos” (Loureiro, 1885, p. 22).

Mas como justificar a falta de informações para a província de Goiás: será que os médicos locais não responderam às cartas do solicitante? Será que a posição geográfica da região, situada no interior do território, distante do Rio de Janeiro colaborava para a falta dessa província? A notificação facultativa banalizava a ocorrência dessa moléstia?

Por um lado, a pesquisa de Loureiro nada informa sobre a região em estudo, por outro, dos registros de óbito, poucos na verdade, emergem subsídios importantes para análise da incidência do beribéri na província de Goiás.

O estudo da relação da alimentação com a morbidade no século XIX, do mesmo modo, oferece inúmeros obstáculos, uma vez que poucos médicos da época percebiam a vinculação dela com a doença. Os princípios da bioenergética, graças às experiências de Lavoisier e Laplace, já eram conhecidos pelos doutores. Dentro desse novo conceito, considerava-se o alimento não só fornecedor de matéria, mas também de energia, reintegrando o organismo nos seus gastos materiais e energéticos. Essa definição, completa para os fisiologistas dos fins do século XIX, só mudaria com a inserção da noção de vitaminas na ciência da nutrição no início do século XX (Castro, 1948).

Ciente das dificuldades para a realização dessa pesquisa, sabendo, obviamente, que nenhuma morte era

justificada pela carência de vitaminas, iniciou-se a pesquisa nos registros de óbito passados pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara da cidade de Goiás. A partir da inauguração do cemitério público no ano de 1859, os enterros e serviços fúnebres daquela localidade passaram a ser da responsabilidade desse nosocomio, melhor maneira encontrada pelo governo provincial para aumentar os rendimentos da instituição.

A análise dos sintomas ou doenças permite estabelecer, ainda que de forma genérica, como se apresentava, à época, o quadro da morbidade. Foram arrolados 2.590 óbitos, sendo 232 referentes à população escrava e 2.358 à livre. Recolheram-se os dados, considerando-se a data do falecimento, o sexo, as idades, o estado civil, a condição

Quadro 1. Primeiros casos de beribéri conhecidos pela literatura médica do século XIX.

Chart 1. First cases of beriberi known by nineteenth-century literature.

Estado	Ano(s)
Amazonas	1867
Pará	1868
Maranhão	1870
Piauí	1870
Ceará	1872
Rio Grande do Norte	Sem data
Paraíba do Norte	Sem data
Pernambuco	1871
Alagoas	Sem data
Sergipe	Sem data
Bahia	1863, 1864, 1877
Espírito Santo	Sem data
Rio de Janeiro	1866
São Paulo	1877, 1878
Paraná	Nada consta
Santa Catarina	1870
Rio Grande do Sul	Não há incidência
Minas Gerais	1858, 1861, 1871
Goiás	Nada consta
Mato Grosso	Sem data

Fonte: Loureiro (1885).

⁶ De acordo com Lopes Filho, a bibliografia da época trata o beribéri como endemia, epidemia ou “surtos”.

social, a ocupação e a causa da morte, essa raramente informada. Em um universo documental referente aos livres, somente 794 esclarecem essa lacuna, e, entre os escravos, apenas 99 possuem essa referência, perfazendo 33,67% e 42,67%, respectivamente. Não houve nenhum registro de óbito referente à população indígena.

É interessante observar que a falta de dados relacionados às enfermidades que recaiam sobre as comunidades indígenas parece revelar um mundo à parte em relação à sociedade dos brancos e mesmo dos afrodescendentes. As razões para a omissão são inúmeras e podemos apontar especialmente para duas delas. A primeira relaciona-se à visão que foi formada historicamente do europeu em relação aos indígenas. Baída e Chamorro (2011) lembram que Lycurgo Santos Filho, na obra História Geral da Medicina Brasileira, afirma que os indígenas eram “naturalmente sadios” e “suportavam, sem prejuízo para a saúde, as intempéries e os inconvenientes da vida nas selvas”. A outra refere-se à perspectiva assimilacionista e integradora acerca dos indígenas, que os percebia como seres em transição de uma estágio primitivo (infância da civilização) para um estágio no qual seriam realmente civilizados (Souza, 2008). Na verdade, a saúde indígena foi deixada a cargo, primeiro, deles mesmos em razão do conhecimento milenar adquirido por parte da

medicina indígena e, depois, dos missionários religiosos católicos (jesuítas, salesianos, capuchinhos) do século XVI em diante e a outras missões religiosas, sobretudo protestantes e evangélicas, a partir do século XX (Yamamoto, 2004). Entretanto, vale lembrar que o Estado brasileiro, principalmente a partir do período republicano, toma iniciativas, tendo em vista um maior controle das populações indígenas, como a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, e ligado ao Ministério da Agricultura e chefiado pelo Marechal Rondon (Pagliaro, 2002). De qualquer modo, a saúde indígena só mereceria maior atenção a partir da Constituição de 1998, que finalmente reconheceu o Brasil como um país pluriétnico e plurilíngue.

De um modo geral, o desconhecimento acerca da etiologia das doenças e o fato de que nem sempre o médico constatava o óbito, pois padres e inspetores de quarteirão também exerciam essa função, corroboram a constância da falta de informações.

É extremamente complexa a recriação detalhada do ambiente mórbido de Goiás com seu real impacto sobre a população livre e escrava. Por meio de vários registros de óbitos, muitos avulsos, outros anotados em livros, embora deteriorados pela ação do tempo e pelo descaso, constituiu-se as Tabelas 1 e 2, que apresentam as causas de

Tabela 1. Causas da morte de livres e escravos na cidade de Goiás, 1859-1900.

Table 1. Causes of death of free men and slaves in the town of Goiás, 1859-1900.

Doenças	Livres	%	Escravos	%	Total números absolutos e %
Da infância, gravidez e parto Infecciosas e parasitárias	236	29,72	24	24,25	260-29,12
Infecciosas e parasitárias	165	20,78	13	13,13	178 – 19,14
Do aparelho digestivo	147	18,51	39	39,39	186 – 20,83
Do aparelho circulatório	83	10,46	7	7,07	90 – 10,08
De transtornos mentais e sistema nervoso	50	6,30	7	7,07	57 – 6,39
Do sangue e nutricionais	31	3,90	1	1,01	32 – 3,59
Do aparelho respiratório	25	3,14	1	1,01	26 – 2,91
Do aparelho geniturinário	13	1,63	1	1,01	14 – 1,56
De neoplasias	12	1,51	2	2,02	14 – 1,56
De sintomas mal definidos	12	1,51	0	0	12 – 1,34
De pele e do tecido subcutâneo	11	1,39	2	2,02	13 – 1,45
De lesões, envenenamentos e outras causas externas	9	1,15	2	2,02	11 – 1,23
Total	794	100	99	100	893 – 100

Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total: 2.590.

Tabela 2. Doenças do sangue e nutricionais dos livres e escravos da cidade de Goiás, 1859-1900.**Table 2.** Blood and nutrition of free men and slaves city of Goiás, 1859-1900.

Doenças	Livres	%	Escravos	%	Total números absolutos e %
Beribéri (paralítica, mista e aguda)	17	54,84	0	0,00	17 – 53,12
Marasmo	6	19,36	1	0,00	7 – 21,87
Anemia/cloro anemia	3	9,67	0	0	3 – 9,37
Caquexia	2	6,45	0	0	2 – 6,26
Inanição	2	6,45	0	0	2 – 6,26
Bócio	1	3,23	0	0	1 – 3,12
Total	31	100	1	100	32 – 100

Fonte: Documentação do cemitério público da cidade de Goiás. Registros de óbito emitidos pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Total: 2.590.

doenças e mortes de livres e escravos na cidade de Goiás ao longo do século XIX.

A Tabela 1 fornece um panorama geral das doenças reinantes em Goiás a partir de meados do século XIX. Percebe-se, numa análise bastante rápida, que as doenças da infância, da gravidez e do parto; as infecciosas e parasitárias; e as do aparelho digestivo ceifaram muitas vidas.

Numa época em que se desconhecia a causa das doenças, foi muito difícil rastrear as enfermidades relacionadas com a deficiência alimentar. Utilizando-se de algumas pistas deixadas pelos médicos locais, em constante diálogo com a bibliografia específica, foi possível elaborar a Tabela 2.

As informações qualitativas presentes nas Tabelas 1 e 2 elucidam mais do que os dados quantitativos, uma vez que os números apresentados subestimam o verdadeiro avanço dessa avitaminose naquele território, mas suas manifestações nas formas paralítica, mista e aguda demonstram que os goianos padeciam de deficiências nutricionais graves.

Crianças que faleciam de dentição, entre um e seis meses, sugerem fortemente como causa o beribéri infantil (Karisch, 2000, p. 254). Outros indícios, tais como enfermidades gastrintestinais, de pele, raquitismo, vermes, oftalmia, entre outros não devem ser desconsiderados. As moléstias cutâneas como lepra, sarna e elefantíase, por exemplo, disfarçavam o beribéri, conforme demonstram as pesquisas de Kiple.

Na sua tese, Loureiro apresenta os debates médicos travados pelos médicos da época acerca dessa moléstia. Como os doutores ignoravam a causa do beribéri, tratavam-na a partir dos seus sintomas. Assim, Sodré Pereira

categorizou-a pela sua intensidade, definindo-a como benigna ou grave. Manoel Joaquim Saraiva considerou a sua duração para classificá-la nas fases hidrópica ou paralítica, ora aguda, ora crônica. Já Domingos Carlos formulou a sua classificação baseando-se na vasta sintomatologia beribérica: anasárquica, gástrica, hepática, duodenal, pulmonar, celíaca, cardíaca, cerebral, ambliópica⁷, pleurítica, glandular, sincopal espinhal⁸, intestinal e galopante. Garcia Loureiro, por sua vez, examinou basicamente duas formas, a simples (edema ou paralisia) e a complexa (edema e paralisia). Contudo, a divisão mais aceitável foi a do doutor Silva Lima, na qual ponderou três modos de manifestações: edematosa, paralítica e mista.

Os primeiros sintomas da manifestação edematosas são dificuldade de respirar e aumento do volume das pernas. Ao longo do tempo, o edema estende-se à face, ao tronco e aos braços, dificultando também a locomoção e a respiração. A urina diminui, os pulmões se congestiona e o figado incha; o tipo paralítico manifesta-se por mal-estar, fraqueza geral e inaptidão para qualquer exercício. Sobreveém dor muscular, semelhante à reumática, os membros hesitam sobre o peso do corpo e, por fim, a paralisia. No seu estágio final, o pulso se descontrola (acelera e desacelera), aparecem suores frios e viscosos; a mista, por sua vez, caracteriza-se tanto pela paralisia das extremidades inferiores quanto pelo edema sem paralisia e, também, pelos dois sintomas simultaneamente, que se prolongavam por muitos meses. Em todos os casos, a morte configurava-se pela asfixia.

Como inexistia consenso acerca desse mal, os médicos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara (Magalhães, 2004b), incorporaram as várias teorias

⁷ Imprecisão de visão sem que haja lesão orgânica perceptível do olho.

⁸ Relativo a ou que tem o caráter de síncope (parada ou diminuição dos batimentos cardíacos, acompanhada da suspensão da respiração e de perda da consciência).

dominantes, sem se preocuparem em seguir uma linha coerente, uma vez que os registros de óbito acentuam as designações simultâneas tanto das vinculações teóricas do doutor Silva Lima (paralítica e mista) quanto do doutor Saraiva (aguda).

Além dos óbitos, os relatórios presidenciais e os de saúde como também os diários de viajantes confirmam que o beribéri grassava em Goiás, apesar de os médicos cariocas e baianos ignorarem o panorama nosológico da região. Conhecida localmente como mielite (classificada na época como moléstia do aparelho cérebro espinhal)⁹, manifestava-se endêmicamente e, por vezes, epidemicamente, como aconteceu no ano de 1881, ocasião em que ceifou muitas vidas¹⁰. Acometia a todos indiscriminadamente, até mesmo os cirurgiões do Corpo do Exército Martiniano de Avellos e José Joaquim dos Santos Franco, que padeciam da forma mista¹¹. Também motivou o afastamento do chefe da Tesouraria Provincial, José Rodrigues Jardim, por dois meses, para tratar-se fora do seu local de domicílio. Aqueles que possuíam condições financeiras recorriam à terapêutica na Corte, a exemplo de Avellos e Franco. Os carentes e desvalidos, no entanto, padeciam cronicamente desse mal.

Outra fonte reveladora da incidência do beribéri nessa região é o relato de viagem de Virgílio Martins de Mello Franco de 1877, intitulado *Viagens pelo Interior de Minas Gerais e Goiás*. O olhar de Mello Franco sobre o cenário nosológico de Goiás não é leigo, pois, embora tenha obtido reconhecimento político e social na área do Direito (como juiz e Deputado Provincial, Senador), também era diplomado pela Escola de Farmácia de Ouro Preto (Blake, 1902; Botelho, 2010). Ao refletir sobre a situação sanitária dessa província, alude, em várias páginas do seu diário, à disseminação do beribéri no Brasil e em Goiás:

Assim os convalescentes de moléstias graves correm em busca de refúgio na Quinta do Bispo.

Muitos desembargadores da Relação, atacados de beribéri têm encontrado naquele sítio alívio para a terrível moléstia que tem invadido quase todo o Brasil, porém com mais intensidade, as províncias do norte e os sertões de Goyaz e Matto Grosso (Mello Franco, 1888, p. 29).

Mello Franco presumia que se tratava de uma moléstia grave, disseminada em todo o Brasil, “sob o título de

inchação de pernas”. A salubridade da Quinta do Bispo, localizada na cidade de Goiás, qualificava-a para abrigo dos molestados. Mesmo as pessoas mais abastadas, como os juízes dos tribunais de segunda instância, buscavam refúgio nela. Em outro momento do seu diário, o político lamenta o atraso da medicina empírica em vigor no sertão e a irracionalidade da terapêutica, sobretudo para o tratamento do beribéri, caracterizado, conforme a sua impressão, por anemia profunda.

Assim é que o beribéri é combatido efficazmente com centeio espigado, com diuréticos, banhos frios, etc., com uso da lima da Pérsia e outros fructos diuréticos. Como a moléstia é infecto-contagiosa, é preciso sem demora subtrair o doente às influências locaes e ao contacto com outros doentes, sob pena de reincidência immediata. Quem já sofreu, em vez de adquirir imunidade, ao contrário fica mais predisposto a contrahil-a (Mello Franco, 1888, p. 35).

Não havia uma dieta específica para o portador dessa enfermidade, mas os clínicos recomendavam uma alimentação variada composta por caldos substanciais, carnes, legumes, frutas, vinhos, chás e café (Chernoviz, 1890).

O escorbuto – também conhecido como “mal-de-luanda”, cujas características são enfraquecimento geral, hemorragias diversas, hálito fétido e tumefação purulenta com sangria das gengivas, posteriormente reconhecido como moléstia carencial – aparece nas fontes referenciais do século XIX, a exemplo daquelas do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, conquanto imperceptível nos óbitos arrolados. No dia 17 de junho de 1836, Alberto Teixeira de Magalhães apresentou-se ao nosocômio da capital, munido de uma autorização do governo provincial para ser atendido com o indispensável alimento e remédios por se achar infestado de escorbuto (AHEG, 1836-1862, Livro 202, p. 24v; 26).

Os demais sintomas de marasmo, caquexia, inanção, anemia, presentes na Tabela 2, denunciam as precárias condições de vida dos moradores da capital, ameaçados pela fome crônica que vitimava inúmeros indivíduos diariamente, a exemplo do que ocorreu na manhã de 12 de agosto de 1876, quando foi encontrada “atrás do matadouro público desta capital o cadáver da parda Norberta de tal, tendo sobre o colo uma filha menor, que dormia sono solto. O subdelegado de polícia procedeu ao exame com os mé-

⁹ Mielite, Hipoemia Intertropical, Mal de Bright, lesões cardíacas, entre outras, costumeiramente eram confundidas com o beribéri. Mas nas interpretações de alguns estudiosos do assunto, esses riscos relacionavam-se mais com a qualidade do diagnóstico do que pelas semelhanças sintomatológicas (Cf. Lopes Filho, 1998).

¹⁰ Relatório apresentado pelo Exmo. Sr. Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes ao Presidente da Província Exmo. Sr. Dr. Joaquim de Almeida Leite Moraes, 1881 (*in Memórias Goianas*, 2001a, n. 13, p. 276).

¹¹ Relatório com que ao Exmo. Dr. Fulgêncio Firmino Simões presidente desta província entregou a administração da mesma ao Exmo. Sr. 2º vice-presidente Brigadeiro Felicíssimo do Espírito Santo em 20 de fevereiro de 1888 (*in Memórias Goianas*, 2001b, n. 14, p. 188, 242).

dicos, que declararam a morte ter sido natural, e talvez para ela concorreu a extrema penúria em que vivia a falecida”¹².

O bócio aparece uma única vez na documentação coletada, ausência facilmente explicável, uma vez que raramente provocava a morte entre as pessoas (Neto, 1975). Pode-se admitir, dessa forma, que os escritores médicos da época deveriam dedicar muito pouca atenção a esse tipo de patologia, comparativamente a outras moléstias mais mortíferas ou que poderiam causar mais efeitos danosos aos seus pacientes.

O impacto da carência de iodo em Goiás pode ser notado pela constante menção de bócio e cretinismo endêmico, observados por militares, cronistas, viajantes e administradores que visitaram aquela região. O Frei Audrin, por exemplo, menciona a existência de um recanto em Goiás, próximo aos rios Tocantins e Araguaia que

[...] se poderia chamar sem exagero, “papolândia”, pois que lá, sem exceção, até mesmo as crianças, ostentam esse desagradável ornato. Em alguns adultos e velhos esse apêndice atinge proporções espantosas. Costumam dizer por lá: “quem não é papudo é feio”. Por vezes, aqueles monstruosos apêndices chegam a ocupar a largura e quase circunferência do pescoço. Alguns são redondos, outros pendem de um lado em forma de comprida cabaça. Às vezes são duplos, um cai pela frente, o outro fica suspenso por detrás. Vimos um indivíduo que, nas horas de trabalho, era obrigado a lançar por cima do ombro o papo, bastante incômodo, que lhe caía ao longo do peito (Audrin, 1963, p. 85).

Embora Couto de Magalhães tenha referido a endemia bocosa e o idiotismo na cidade de Goiás, não os associou à carência de iodo. Neiva e Penna, por sua vez, perceberam a relação de bócio, cretinismo e deficiência de audição nos municípios de Duro, Natividade, Pilar e Descoberto. Nesta última localidade, que, na época, abrigava cerca de 400 moradores, quase todos possuíam tireóide alterada (Penna, 1918, p. 70). Na percepção dos dois doutores, a disfunção da glândula endócrina relacionava-se com a doença de Chagas.

Alguns estudiosos fizeram importantes observações sobre a incidência do bócio no Brasil oitocentista. O médico francês Alphonse Rendu – encarregado pelo Ministério da Educação Pública do seu país a partir para o Brasil com a incumbência de pesquisar durante um ano as doenças mais frequentes entre os habitantes locais e os europeus que aqui vinham se fixar (Edler, 2001) – percebeu que os habitantes do litoral se mostravam virtualmente livres de bócio, mas

prevalente nas províncias de Goiás e de São Paulo. Sigaud, na sua obra *Du Climat et des maladies du Brésil*, publicado em Paris em 1844, acentuou que raramente se via o bócio endêmico no Rio Grande do Sul até o ano 1824, contudo, a partir de 1844, percebeu o seu contínuo e persistente aumento nos habitantes dessa área (Neto, 1975).

De uma maneira geral, os especialistas consideraram a umidade e grandes esforços como erguer peso, gritar, até mesmo o desgaste do primeiro parto, como causas predisponentes ao papo.

A relação da alimentação com as doenças

Vários fatores contribuíram para a deficiência e a diversificação da dieta alimentar no Brasil. Entre eles, podemos citar a enorme extensão territorial com seus diversos tipos de solo, os grupos humanos e as diferentes culturas. Os grupos étnicos que entraram na formação da cultura no Brasil condicionaram-se a uma diferenciação regional dos tipos de alimentação. Considerando o regime alimentar brasileiro e suas variações regionais, Kiple apresenta resultados interessantes acerca da incidência do beribéri no Brasil Colonial, privilegiando três regiões distintas: o Nordeste brasileiro, Minas Gerais e o Rio Grande do Sul.

O beribéri – deficiência de vitamina “B” no organismo humano – tem incidência nos países que utilizam o arroz branco como alimento básico. Entre as vitaminas B, conta-se a tiamina, encontrada na cutícula dos cereais, e a niacina, contida na carne fresca. No início do século XX, alguns cientistas descobriram a nítida relação entre a manifestação do beribéri e o regime alimentar baseado no arroz descascado. Notaram a expansão dessa doença juntamente com a introdução de técnicas modernas na indústria de moagem do arroz, que retirava com grande eficiência as cascas dos grãos ricas em vitamina B. Mesmo não possuindo uma dieta alimentar tendo o arroz como alimento básico, o beribéri encontrava-se presente entre a população brasileira do período colonial.

Comparando a dieta cotidiana das três regiões brasileiras analisadas por Kiple, verifica-se que o beribéri se apresentava com maior intensidade no Nordeste brasileiro, onde o regime alimentar básico, consistindo na mistura de carne seca e farinha de mandioca, era deficiente em vitamina B. A carne fresca existia, porém, era cara e imprópria para o consumo. Em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, ao contrário, a alimentação se apresentava mais “uniforme” entre ricos e pobres.

¹² Relatório apresentado à Assembleia Legislativa provincial de Goiás pelo Exmo. Sr. Dr. Antero Cícero de Assis, Presidente da província, em 1º de junho de 1876 (*in Memórias Goianas*, 1999, n. 12, p. 116).

Entre os mineiros, a carne de porco fresca, o feijão e a farinha de milho eram consumidos por todos os grupos sociais. Se por um lado, o milho poderia causar um desequilíbrio vitamínico pela ausência da tiamina, por outro, a carne fresca de porco, rica em niacina, compensava o teor necessário de vitamina B. Quanto aos sulistas, nota-se, em sua dieta, um notável consumo de carne fresca de vaca, e de cereais e vegetais. O fator interessante é que os sulistas produziam a carne seca (o charque), mas não a ingeriam amiúde. A produção do charque era vendida aos nordestinos. Dessa forma, na acepção de Kiple, em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, a incidência do beribéri era bem menor se comparada com a do nordeste brasileiro. Assim, a alimentação do brasileiro nos revela qualidades nutritivas bem precárias, aparecendo, nas diversas regiões do país, com padrões dietéticos incompletos e desequilibrados.

Em Goiás, as frequentes crises de abastecimento determinaram as possibilidades e as preferências alimentares da sua gente, fundamentadas numa dieta prosaica e sem importantes alterações ao longo do tempo. Mesmo os abastados, em diversos momentos, sofreram os efeitos daquela conjuntura. Os desprovidos de renda, mormente os livres pobres e escravos, periodicamente padeciam de fome¹³ e, mesmo em condições normais de abastecimento, sofriam privações.

A dieta deficiente em nutrientes desencadeia graves efeitos no organismo humano, influindo na duração e na qualidade de vida, na capacidade de trabalho, no estado psicológico, atingindo situações-limite, como a da “fome psíquica”, a insatisfação crônica do estômago caracterizada por uma insaciável vontade de comer. Mesmo quando a pessoa se alimenta suficientemente para manter o rendimento muscular e o relativo equilíbrio orgânico, demonstra condições insatisfatórias de existência. A substituição de alimentos mais caros e raros por outros mais acessíveis e pobres ocorre, normalmente, em condições menos favoráveis de existência (Candido, 1987). Essas permutas apresentam-se mais evidentes nas sociedades dominadas pela produção alimentar para a subsistência, ocasionando efeitos negativos no equilíbrio alimentar, uma vez que o produtor não vende apenas o excedente, mas até o que lhe é necessário, reduzindo então o consumo, por vezes, a níveis baixíssimos. O lavrador ou pequeno proprietário goiano, cultivando em terras de baixa produtividade, carente de recursos técnicos e desprovidos de um mercado regular, dificilmente conseguia produzir um excedente comercialável que lhe assegurasse um rendimento suficiente para atender a suas necessidades mínimas, nem mesmo para a aquisição de sal. O desabastecimento de sal marinho consistiu um

dos grandes problemas de Goiás ao longo do oitocentos, todavia, só mais tarde, com a identificação das vitaminas, graças ao desenvolvimento da ciência da Nutrição, é que foi possível avaliar o impacto dessa carência crônica e severa de iodo por meio da endemia bocosa e do cretinismo.

Uma variante da manifestação da fome psíquica é conhecida, em algumas áreas do Brasil, a exemplo do norte de Goiás, Pará e Nordeste, como “fome velha”, doença crônica em certos recantos do sertão. Nas referidas regiões, o sertanejo acostumou-se a nutrir do indispensável para “matar a fome”. Mesmo tendo alimentos ao seu dispor, costumam dormir sem comer comida alguma.

Desde a infância, aprendem a suportar a fome. Veem-se meninos sair de casa cedinho, em jejum, à procura de algum animal peado ou fugido. Vão, por longas horas, rastejando no orvalho, de estômago vazio, até ao meio dia, por vezes até à tarde, mal se sustentando com punhados de farinha seca que levam no bolso e com frutinhas selvagens colhidas pelos caminhos (Audrin, 1963, p. 107-108).

Essa parcimônia alimentar, de uma sobriedade impressionante, presente em algumas sociedades, foi denominada por Josué de Castro como “apetite embotado”, característica de populações que vivem em estado de anorexia crônica, resultante da falta de vitaminas na sua dieta. Por ter sua vontade de comer quase anulada, muitos recorrem a estimulantes como pimenta para conseguir ingerir alguma coisa (Castro, 1948, p. 53-54).

Gêneros alimentícios como mandioca, milho, arroz e carne-seca, certamente saciaram a fome de muitos, mas, em longo prazo, se revelaram como responsáveis por várias endemias.

Em relação ao milho – consumido de diversas maneiras pelos goianos –, as sociedades que têm nele a sua base nutricional estão mais propícias às doenças carenciais. Mesmo permitindo a sobrevivência, o milho não possibilita qualquer contribuição – quer se trate de proteínas, vitaminas, calorias ou sais minerais – em relação aos parâmetros nutricionais da alimentação padrão. O milho rompe, sem dúvida, o círculo vicioso da escassez de víveres, entretanto abre uma nova brecha nas defesas imunitárias do organismo (Sorcinielli, 1996). As repercussões sanitárias do consumo do milho sob a forma de pelagra, com seus diferentes estágios patológicos – diarreia, dermatite e demência –, podem ter sido graves em Goiás e outras partes do Brasil. As manifestações clínicas, que variam entre indivíduos e entre regiões, são alterações da pele,

¹³ Os sertanejos personalizam a fome numa figura esquelética de velha com um chapéu imenso, chamam-na assim “A velha do chapéu grande”. É representada por uma velha, porque esta é, em todos os cultos agrários, o símbolo da esterilidade, da infecundidade, das forças improdutivas ou malévolas (Cf. Cascudo, 1993).

traumatismo do aparelho digestivo e do sistema nervoso (demência), de acordo com Alberto Silva.

Quanto à ingestão de arroz, observa-se que a sua produção em Goiás aumentou gradativamente ao longo do século XIX a ponto se tornar superior à do feijão. A fartura desse cereal fez com que muitos desvalidos restringissem o consumo apenas desse grão ou cereal (Magalhães, 2004c). Uma alimentação monótona fundamentada em arroz, contudo, cria brechas para outra avitaminose, o beribéri, deficiência de vitamina B no organismo humano, como mencionado anteriormente.

Kiple responsabiliza a dieta básica do brasileiro, dos escravos em particular, baseada em mandioca e carne-seca, pela alta incidência do beribéri no território. A farinha de mandioca é mais deficiente em tiamina do que o arroz sem casca. Mesmo que a carne fresca seja a principal fonte de tiamina, a carne-seca é desprovida dessa vitamina, em função dos processos de secagem ao sol e salga. A ingestão insuficiente de tiamina pode afetar o sistema nervoso ou cardiovascular. Outros sinais de carência de riboflavina (vitamina B) são a estomatite angular (lesões no canto da boca) e a queilose (lesões dos lábios). A causa para a incidência avassalante dessa enfermidade pode ser explicada pelas possibilidades de dietas de carboidratos com pouca gordura, levando muitas vezes à deficiência de tiamina e ao beribéri.

A deficiência energético-protéica associa-se, mormente, a outras formas de desnutrição causadas pela falta de alguns nutrientes, destacando-se a hipoavitaminose A, o bôcio e a anemia.

A cegueira (acentuada redução da perspicácia visual noturna), por sua vez, é atribuída à carência de vitamina A, que acomete a retina, a conjuntiva e a córnea. Os goianos também estavam propensos a essa avitaminose porque ingeriam quantidades insuficientes de legumes e verduras. A área reservada à horta era exígua, o que indica a pouca importância dada nos sertões às hortaliças: “a horta é praticamente desconhecida e ninguém, por lá, sente a utilidade das verduras. Ouvimos, mais de uma vez, sertanejos manifestarem o seu pouco interesse pela alface, alegando que não comiam capim” (Audrin, 1963, p. 51).

O arrefecimento dos hormônios tireoidianos na fase intrauterina ocasiona lesões nas células sensoriais da papila acústica e nas do sistema nervoso. Os resultados dessa má-formação são nascimentos de nenê com surd-mudez congênita, várias manifestações neuromusculares e deficiência mental.¹⁴

A anemia, por exemplo, relaciona-se à insuficiência de ferro agravada geralmente por vermes como a

ancilostomíase. Estudos realizados na década de 1980 mostraram que, embora a quantidade média de ferro na dieta do nordestino fosse satisfatória, este era pouco assimilado pelo organismo porque provinha, em grande parte, dos vegetais (Silva, 1983). Ainda que seja difícil de ser percebida em adultos, a má nutrição de proteínas pode ser notada por meio dos sintomas de apatia, depressão mental, letargia e lassidão.

Em suma, as informações contidas nos registros de óbito somadas àquelas dos relatórios dos presidentes de província e de saúde, bem como aquelas oriundas dos diários dos viajantes estrangeiros que visitaram a província de Goiás, contribuem para descortinar as moléstias relacionadas às deficiências alimentares, sobretudo o beribéri, negligenciados pela historiografia até então. A documentação pesquisada demonstrou que o beribéri foi presença costumeira no Brasil do século XIX, inclusive em Goiás. Além do beribéri, os goianos padeceram dos efeitos combinados de diversos nutrientes por causa do desabastecimento alimentar. Nesse sentido, sintomas de edemas, emagrecimento, dermatites, cegueira, moleza, deformidades, diarréias e nervosismo podem balizar enfermidades nutricionais. Assim: “pelagra, beribéri, deficiência de riboflavina, anemia por deficiência de ferro são testemunhas parciais do impacto das dietas inadequadas” (Karasch, 2000, p. 257). Porém, dificilmente será possível avaliar o real impacto das doenças nutricionais diante das circunscrições da ciência da época.

Referências

- ANNALES. 1977. Médecins, médecine et société en France aux XVIII et XIX siècles. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, 5:849-1055.
- ARQUIVO HISTÓRICO DO ESTADO DE GOIÁS (AHEG). 1836-1862. Livro 202. Registro da presidência da província à administração do Hospital São Pedro de Alcântara.
- ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. 2004. Avulsos sobre Saúde Pública, p. 1-26, CX-5, p. 8, 1875-1877. In: A. EUGENIO, Fragilidade pública em face das epidemias na segunda metade do século XIX mineiro. *Revista Varia História*, 32:211-234.
- AUDRIN, F.J.M. 1963. *Os sertanejos que eu conheci*. Rio de Janeiro, José Olympio, 205 p.
- BAIDA, R.; CHAMORRO, C.G.A. 2011. Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII. *Revista História em reflexão*, 5(9):1-24.
- BLAKE, S. 1902. *Dicionário Bibliográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, vol. 7. Disponível em: <http://www.brasiliana.usp.br>. Acessado em: 03/05/2013.
- BOTELHO, J.A. 2010. Os Mello Franco. Disponível em: <http://araposadachapada.blogspot.com.br/2010/09/velhos-troncos-paracatuenses.html>. Acessado em: 27/3/2013.

¹⁴ Apesar de o problema do bôcio endêmico ser conhecido e descrito por mais de dois séculos, a legislação, para garantir o combate da endemia, iniciou-se em 1948 com o então deputado Café Filho. Este apresentou, à consideração do Legislativo Nacional, um Projeto de Lei visando tornar obrigatória a iodetação do sal de cozinha, destinado ao consumo alimentar nas regiões bocígenas do país. Depois de prolongada tramitação, foi aprovado sob a forma do substitutivo Miguel Couto Filho, transformando-se na Lei de 1944, de 14 de agosto de 1953, que tornou obrigatória a iodetação do sal em áreas bocígenas do país (Cf. Neto, 1975).

- CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1889. Decreto no 68, de 18 de dezembro de 1889. “Dá providencias relativas ao serviço de polícia sanitária e adapta medidas para impedir ou attenuar o desenvolvimento de quaequer epidemias”. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-68-18-dezembro-1889-502816-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 05/05/2013.
- CANDIDO, A. 1987. *Os parceiros do Rio Bonito*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 284 p.
- CASCUDO, L.C. 1993. *Dicionário do folclore brasileiro*. Belo Horizonte/São Paulo, Itatiaia/Edusp, 811 p.
- CASTRO, J. 1948. *Geografia da fome*. São Paulo, Brasiliense, 404 p.
- CHALHOUB, S. 1996. *Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo, Companhia das Letras, 250 p.
- CHERNOVIZ, L.N. 1890. *Diccionario de Medicina Popular e das sciencias accessórias para uso das famílias*. Paris, A. Roger. Disponível em: <http://www.brasiliana.usp.br/dicionario/edicao/4>. Acessado em 3/5/2013.
- DAMÁSIO, V.C. 1867. *Gazeta Médica da Bahia (1866-1867)*. Typhografia de Tourinho e Comp., 25/09/1866.
- EDLER, F.C. 2001. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 3:925-943. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000500007>
- FONTENELLE, J.F. 1998 [1992]. *Diccionário histórico, geographicó e ethnographicó do Brasil (Commemorativo do primeiro centenário da independência)*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, vol. 1, cap. 17. In: J.D. LOPES FILHO, *A história social de uma doença: o beribéri no Caraça*. São Paulo, SP. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo, 389 p.
- HOCHMAN, G. 1998. *A era do saneamento*. São Paulo, HUCITEC/ANPOCS, 261 p.
- JACOBINA, R.; CARVALHO, F.M. 2001. Nina Rodrigues epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904. *Revista História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 8(1):113-132. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000200006>
- KARASCH, M. 2000. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo, Companhia das Letras, 643 p.
- KIPLE, K. 1989. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. *The Hispanic American Historical Review*, 69:677-690. <http://dx.doi.org/10.2307/2516096>
- LADURIE, E. 2008. *Montaillou. Cátaros e católicos numa aldeia francesa*. São Paulo, Martins Fontes, 556 p.
- LEONZO, N. 2012. A propósito do beribéri. *Revista Territórios & Fronteiras*, 5(2):86-93.
- LIMA, N.T. 1998. *Um Sertão Chamado Brasil: Intelectuais e Representação Geográfica da Identidade Nacional*. Rio de Janeiro, Revan/IUPERJ-UCAM, 232 p.
- LOPES FILHO, J.D. 1998. *A história social de uma doença: o beribéri no Caraça*. São Paulo, SP. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo, 389 p.
- LOUREIRO, J.G.S. 1885. *Beribéri no Brasil: Estudo histórico e clínico*. Salvador, BA. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina da Bahia, 127 p.
- MAGALHÃES, S.M. 2004a. *A mesa de Mariana: produção e consumo de alimentos em Minas Gerais (1750-1850)*. São Paulo, Annablume/FAPESP, 160 p.
- MAGALHÃES, S.M. 2004b. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde na província de Goiás. *Revista História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, 11(3):661-683.
- MAGALHÃES, S.M. 2004c. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Franca, SP. Tese de doutoramento. Universidade Estadual Paulista, 260 p.
- MAGALHÃES, S.M. 2007. Comida de hospital: por uma história da alimentação em Goiás. *História Revista*, 12(2):253-275.
- MEAD, M. 1995. Beriberi. In: K. KIPLE, *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge, Cambridge University Press, vol. 1, p. 606-612.
- MELLO FRANCO, V.M. 1888. *Viagens pelo interior de Minas Geraes e Goyaz*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 180 p.
- MEMÓRIAS GOIANAS. 1999. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1875-1879). Goiânia, Universidade Católica de Goiás, n. 12, p. 71-146.
- MEMÓRIAS GOIANAS. 2001a. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1880-1881). Goiânia, Universidade Católica de Goiás, n. 13, p. 151-320.
- MEMÓRIAS GOIANAS. 2001b. Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais, etc. dos governos da província de Goiás (1882-1889). Goiânia, Universidade Católica de Goiás, n. 14, p. 205-255.
- NETO, G.M. 1975. *História do bôcio endêmico no Brasil. Origens e causas*. São Paulo, Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo, 95 p.
- PAGLIARO, H. 2002. *A revolução demográfica dos indígenas no Brasil: A experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu. Mato Grosso 1970-1999*. São Paulo, SP. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo, 194 p.
- PENNA, B. 1918. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro, Tipografia Revista dos Tribunais, 181 p.
- ROCHE, D. 2000. *História das coisas banais: nascimento do consumo - séculos XVII-XIX*. Rio de Janeiro, Rocco, 393 p.
- SILVA, A.C. 1983. Nordeste, desespero ou desesperança. *Ciência Hoje*, 5:64-70.
- SILVEIRA, A.J.T.; NASCIMENTO, D.R. 2004. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: D. NASCIMENTO; D.M. CARVALHO, *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, p. 13-30.
- SONTAG, S. 2002. *A doença como metáfora*. São Paulo, Graal, 163 p.
- SORCINELLI, P. 1996. Alimentação e Saúde. In: J.L. FLANDRIN; M. MONTANARI (org.), *História da Alimentação*. São Paulo, Estação Liberdade, p. 792-805.
- SOUZA, L.G. 2008. *Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central*. Rio de Janeiro, RJ. Tese de Doutoramento. Fundação Oswaldo Cruz, 137 p.
- YAMAMOTO, R.M. 2004. Introdução à saúde indígena. In: FUNASA, *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Submetido: 22/05/2013

Aceito: 28/11/2013

Sônia Maria de Magalhães
Universidade Federal de Goiás
Faculdade de História
Campus II, Samambaia, Conjunto Itatiaia
Caixa Postal 131
74001-970, Goiânia, Brasil